

受講を希望する研修（該当するものに○をつけて下さい）	○欄	研修名・日程			
	開催日程ごとの□印に○をして下さい	基礎講座 ～はじめて訪問看護を行う人のために～※新人スタッフ対象	第1回	東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 4月23日(土)
				大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年 5月14日(土)
			第2回	大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年12月 3日(土)
				東京	<input type="checkbox"/> 平成23年12月10日(土)
		なっとく！訪問看護のしくみと報酬 ～24年度W改定に向けて～		東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 4月24日(日)
				愛知(名古屋)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成23年 6月 5日(日)
		訪問看護ステーション経営で成果を出したい 管理者必見！～本当は楽しい経営管理～		愛知(名古屋)	<input type="checkbox"/> 平成23年 6月 4日(土)
				東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 6月18日(土)
		現場ですぐに使える フィジカルアセスメントセミナー		東京	<input checked="" type="checkbox"/> 平成23年 5月28日(土)
				大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年 6月25日(土)
		呼吸リハビリテーションの実力アップセミナー		東京	<input checked="" type="checkbox"/> 平成23年 5月29日(日)
				大阪	<input checked="" type="checkbox"/> 平成23年 6月26日(日)
		退院支援と訪問看護連携セミナー		東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 7月 9日(土)
				大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年 9月10日(土)
在宅での看取りのセミナー	～初心者のための在宅看取り～	大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年 5月15日(日)		
		東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 6月19日(日)		
		福岡	<input type="checkbox"/> 平成23年 7月23日(土)		
		札幌	<input type="checkbox"/> 平成23年 8月27日(土)		
	～在宅緩和ケア～		大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年12月 4日(日)	
			東京	<input type="checkbox"/> 平成23年12月11日(日)	
～在宅ケアチームで取り組む看取り～		東京	<input type="checkbox"/> 平成23年 7月10日(日)		
		大阪	<input type="checkbox"/> 平成23年 9月11日(日)		
集中セミナー	□1. 栄養管理と摂食嚥下ケアセミナー			平成23年11月12日(土) ※同時開催のため複数の 選択はできません。 1つの研修をお選びください。	
	□2. 認定看護師のためのフォローアップセミナー ※認定領域を必ずご記入下さい( )				
	□3. 多職種連携セミナー～安全に医療的ケアを提供するためには～				
	□4. 訪問看護研究実践セミナー～研究テーマ決定から発表までの実際～				
	□5. HPN(在宅中心静脈栄養法)管理セミナー				
	終末期におけるフィジカルアセスメント	東京	平成23年 9月20日(火)		
	癒しのエンゼルケア	東京	平成23年10月 1日(土)		
	平成24年度報酬改定セミナー	東京	平成24年 3月24日(土)		
フリガナ 氏名			職種 (役職)		
所属機関名	※連絡先が所属先の場合、必ず部署名までご記入ください。				
連絡先 住所・TEL等	〒 _____ (所属先・自宅)どちらかに○をつけてください。 都道府県 TEL: _____ FAX _____ E-mail: _____				
会員番号	<input type="checkbox"/> 日本訪問看護振興財団会員 ※会員番号[ _____ ] <input type="checkbox"/> 非会員				

※当財団にお申込のFAXが届きましたら、「連絡先のFAX番号」へ受付した旨を必ずご連絡いたします。

- \* 受講申込後、プログラム・研修会場地図・受講料お支払いについてのご案内文書を研修1ヶ月前にお送りします。
- \* 原則としてお申込受付は研修1週間前までです。1週間を過ぎてのお申込は、日本訪問看護振興財団までお問い合わせ下さい。
- \* 定員に達し次第、申込受付を締め切ることがございますので早めにお申込願います。
- \* キャンセル料は研修開催の7日前より発生いたします。キャンセルの際は開催の1週間前以前にご連絡をお願い致します。
- 記入頂きました個人情報の取り扱いに関しては該当研修の通知案内以外での使用はいたしません。

申込用紙送付先: 財団法人 日本訪問看護振興財団  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2 日本看護協会ビル5階

FAX: 03-5778-7009